MINISTERO DELL'ISTRUZIONE E DEL MERITO
ISTITUTO COMPRENSIVO "*CARINI CALDERONE-TORRETTA*" ad indirizzo musicale
Via Emilia, 1 - 90044 Carini (PA)
Cod. fisc. 80029730829 - Cod. Min. PAIC8AG007
e-mail Segreteria: paic8ag007@istruzione.it posta certificata paic8ag007@pec.istruzione.it - Tel. 091 8668399

RICHIESTA DI SOMMINISTRAZIONE FARMACO/I NEI LOCALI ED IN ORARIO SCOLASTICO

Al Dirigente Scolastico
Sede

I/Le sottoscritti/e:

☐ Genitore 1: _____
nato/a a _____ Prov. _____
il _____ residente a _____
Prov. _____ via _____ n° _____

☐ Genitore 1: _____
nato/a a _____ Prov. _____
il _____ residente a _____
Prov. _____ via _____ n° _____

ovvero

☐ Tutore legale: _____
nato/a a _____ Prov. _____
il _____ residente a _____
Prov. _____ via _____ n° _____

in qualità di Genitori (o Tutore legale) che esercitano la responsabilità genitoriale sul/la minore:

Alunno/a: _____ nato/a a _____
Prov. _____ il _____ residente a _____
Prov. _____ via _____ n° _____
Classe _____ Segmento _____ di Codesto Istituto,

- consapevole/i del fatto che il personale scolastico non ha né competenze né funzioni sanitarie,
- in base alla Certificazione medica con Attestazione e Piano terapeutico allegati, rilasciati dal Servizio di Pediatria dell'Azienda USL ... …….. /dal Dott. ……, in data …/…/…….;

CHIEDO/CHIEDIAMO

☐ che a mio/a-nostro/nostra figlio/a **siano somministrati in orario scolastico** i farmaci previsti dal Piano terapeutico.

ovvero

☐ che mio/a-nostro/nostra figlio/a, essendo in grado di effettuare l'auto-somministrazione del farmaco, **sia assistito dal personale scolastico durante l'auto-somministrazione**, in orario scolastico, dei farmaci previsti dal Piano terapeutico.

Esprimo/esprimiamo il consenso affinché il personale della scuola individuato dal dirigente e, resosi disponibile, somministri i farmaci previsti dal Piano terapeutico e sollevo il medesimo personale da qualsivoglia responsabilità derivante dalla somministrazione stessa del farmaco, purché effettuata in ottemperanza al Piano terapeutico.
Sarà mia/nostra cura provvedere alla fornitura, all'adeguato rifornimento e/o sostituzione dei farmaci anche in relazione alla loro scadenza, consapevole che in caso di farmaco scaduto questo non potrà essere somministrato.
Sarà mia/nostra cura, inoltre, provvedere a rinnovare la documentazione al variare della posologia e ad ogni passaggio scolastico/trasferimento, nonché comunicare tempestivamente e documentare adeguatamente al Dirigente Scolastico, mediante certificazione medica, ogni

MINISTERO DELL'ISTRUZIONE E DEL MERITO
ISTITUTO COMPRENSIVO "*CARINI CALDERONE-TORRETTA*" ad indirizzo musicale
Via Emilia, 1 - 90044 Carini (PA)
Cod. fisc. 80029730829 - Cod. Min. PAIC8AG007
e-mail Segreteria: paic8ag007@istruzione.it posta certificata paic8ag007@pec.istruzione.it - Tel. 091 8668399

variazione dello stato di salute dell'allievo/a rilevante ai fini della somministrazione così come ogni variazione delle necessità di somministrazione e/o la sospensione del trattamento.

Recapiti telefonici			
Famiglia		**Pediatra di libera scelta -medico di medicina generale**	
Relazione di parentela	**Numero**	**Dott./Dott.ssa**	**Numero**

A tal fine acconsento al trattamento dei dati personali e sensibili ai sensi del GDPR Regolamento 2016/679.
Il/i sottoscritti, consapevole delle sanzioni amministrative e penali in caso di dichiarazioni non veritiere, previste dal d.P.R. n. 445/00, dichiaro di aver effettuato la richiesta in ottemperanza alle disposizioni sulla responsabilità genitoriale di cui agli artt. 316, 337 ter e 337 quater del c.c., che richiedono il consenso di entrambi i genitori.
In fede

Firma Genitore 1: _____

Firma Genitore 2: _____

ovvero Firma di chi esercita la responsabilità genitoriale:
_____

FIRMA DI UN SOLO GENITORE * _____

** È obbligatoria la firma di tutti gli esercenti la responsabilità genitoriale. Se presente la firma di uno dei genitori, è necessaria una dichiarazione di accordo con il genitore non firmatario. Io sottoscritto/a _____ consapevole delle responsabilità penali e degli effetti amministrativi derivanti dalla falsità in atti e dalle dichiarazioni mendaci (così come previsto dagli artt. 75 e 76 del D.P.R. n. 445 del 28.12.2000), ai sensi e per gli effetti di cui agli artt. 46 e 47 del medesimo D.P.R. n. 445 del 28.12.2000* ***DICHIARO che l'accettazione di cui sopra, firmata in data odierna, è condivisa con il/la padre/madre di mio/a figlio/a.***

Carini, lì _____, _____/_____/_____